

Année 1954

Nº

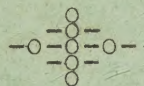
770

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)



par

M A L E Y X , Jacques, Marie, Ernest

Né le 24 Octobre 1925 à SURESNES (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le :

LES INDICATIONS ACTUELLES

de la

C E S A R I E N N E

Statistique du Centre Médico-Chirurgical Foch de
Suresnes

Président : Monsieur le Professeur LANTUEJOUL

1954

Nom du candidat : MALEYX

Prénoms : Jacques, Marie, Ernest

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

1

MALEYX, Jacques
LES INDICATIONS ACTUELLES
DE LA CESARIENNE
(Statistique du Centre
Médico-Chirurgical Foch
de Suresnes)
Paris - Ed. AGEMP 1954
In 4^e, 31 P.
Thèse Méd. (Etat)
PARIS - N^o:

2

MALEYX, Jacques
LES INDICATIONS ACTUELLES
DE LA CESARIENNE
(Statistique du Centre
Médico-Chirurgical Foch
de Suresnes)
Paris - Ed. AGEMP 1954
In 4^e, 31 P.
Thèse Méd. (Etat)
PARIS - N^o :

3

MALEYX, Jacques
LES INDICATIONS ACTUELLES
DE LA CESARIENNE
(Statistique du Centre
Médico-Chirurgical Foch
de Suresnes)
Paris - Ed. AGEMP 1954
In 4^e, 31 P.
Thèse Méd. (Etat)
PARIS - N^o:

4

MALEYX, Jacques
LES INDICATIONS ACTUELLES
DE LA CESARIENNE
(Statistique du Centre
Médico-Chirurgical Foch
de Suresnes)
Paris - Ed. AGEMP 1954
In 4^e, 31 P.
Thèse Méd. (Etat)
PARIS - N^o :



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551509_0064

Année 1954

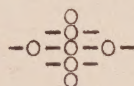
Nº

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)



par

MALEYX, Jacques, Marie, Ernest
Né le 24 Octobre 1925 à SURESNES (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le :

" LES INDICATIONS ACTUELLES "

" de la "

" C E S A R I E N N E "

" Statistique du Centre Médico-Chirurgical Foch de "

" Suresnes "

Président : Monsieur le Professeur LANTUEJOUL



DOYEN HONORAIRE :

M. Baudoin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudoin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Gougerot (H), Guillain, Harvier, Laubry, Lemaître, Lemierre, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Olivier, Ombredanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET, Membre de l'Institut

ASSEESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	ÖBERLING (C.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
(Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
Cliniques chirurgicales (Broussais ...	D'ALLAINES
(Salpêtrière ...	MONDOR (H.)
(Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGCS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux ...	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Hôtel-Dieu ..	BENARD (H.)
Bichat	LAROCHE (G.)
Cliniques médicales (Cochin	MOREAU (R.)
(Broussais ...	DE GENNES

Clinique médicale d'hydro-climatologie	
thérapeutique	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY-RADOT (L.)
(Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque	LEVY-SOLAL (E.)
(Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	ELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes	
alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MOUQUIN (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle	
médicale	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	N
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre	
personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)
Chaire de clinique médico-sociale du diabète	
sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRE DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	(DEBEYRE (J.)
	(DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS
	((Melle P.) Pr.s.ch.
	(BUSSER (F.)
	(GOUYGOU

Bactériologie	(FASQUELLE (R.) (NEVOT (A.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.) (ETTORI (J.) Pr.s.ch.
Chimie médicale	(JAYLE (M.F) Pr.s.ch. (SCHAPIRA (G.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT
Histologie	(BULLIARD (E.) Pr.s.ch. (COUJARD (R.)
Hydrologie	DEBRAY (C.)
Hygiène	(BOYER (DEPARIS (M.)
Médecine légale	(DEROBERT (L.) (HADENGUE
Neuro-chirurgie	(GAULTIER (M.)
Neurologie	DAVID SEZE (S.de)
Obstétrique	(GRASSET (J.) (LEPAGE (F.) (MAYER (M.)
Ophtalmologie	(MERGER (R.) (RAVINA (J.) (VARANGOT (J.)
Orthopédie	(MORIN
Oto-rhino-laryngologie	(OFFRET (G.) (DESVIGNES (P.)
Parasitologie	JUDET
Parasitologie coloniale	(HALPHEN (E.) Pr.s.ch. AUBRY (MADURO (R.)
Pathologie chirurgicale	BRUMPT (L.) CHABAUD (ABOULKER (P.) (BAUMANN (J.) (GOSSET (J.) (HUGUIER (J.)
Pathologie expérimentale	(LAURENCE (G.) (LEGER (L.) (OLIVIER (Cl.) (PADOVANI (P.) (LORTAT-JACOB
Pathologie expérimentale	(POILLEUX (M.) (ROUX (RUDIER (J.C.) (VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	MERKLEN (P.)

MM.

	(BERNARD (J.)
	(BOUDIN (G.)
	(CASTAIGNE (P.)
	(CONTE (M.)
	(DECOURT (J.)
	(DOMART (A.)
	(DREYFUS (Gilbert)
	(FAUVERT (R.)
Pathologie médicale	(HAMBURGER (J.)
	(KOURILSKY (R.)
	(MILLIEZ (P.)
	(PERRAULT (M.)
	(RAMBERT (P.)
	(THIEFFRY (St.)
	(TURIAF (J.)
	(LAROCHE
	(PEQUIGNOT
	(LAMOTTE
Pédiatrie	(LAPLANE (R.)
	(MARIE (J.)
Pharmacologie	(LEVY (Mlle J.) Pr.s.ch.
	(CHEYMOL (J.H.) Pr.s.ch.
Physiologie	(BARGETON (D.) Pr.s.ch.
	(PARROT (J.L.)
Physique médicale	(DJOURNO (A.)
	(GOUGEROT (L.)
Phtisiologie	KREIS
Psychiâtrie	BARUK (H.)
Psychiâtrie infantile	MICHAUX (L.)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A.)
	(CERNEA
Puériculture	JOSEPH
Thérapeutique	PERRAULT
	chargé de l'ensei -
	gnement
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES
RAPPELES A L'EXERCICE
pour le service des examens

MM. BRINDEAU (A.) (Obstétrique), GATELLIER (J.) (Clinique chirurgicale), LE LORRIER (V.) (Obstétrique), VAUDESCAL (R.) (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.
Clinique chirurgicale (AMELINE (A.)
(MENEGAUX (G.)
(PATEL (J.)
(SICARD (A.)
Clinique médicale (BROUET (G.)
(CACHERA (R.)
(GARCIN (J.)
(HAGUENAU (M.)
(MARCHAL (G.)
(SOULIE (E.)
Clinique obstétricale (DIGONNET (L.)
(EGALLE (G.)
Clinique ophtalmologique RENART (G.)
Clinique urologique COUVELAIRE (R.)

MM.
Secrétaire de la Faculté MOREL (J.)
Secrétaire Adjoint Melle CHANTREUIL (G.)

Conservateur Docteur HAHN (A.)
Bibliothécaires M. DOUAN (G), Melles DULAITRE (P),
GOICHON (A.M), LE NOIR (G.),
METIN (F.)

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FIANCEE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur Pierre LANTUEJOUL,

Professeur de la Chaire de Clinique
Obstétricale de l'Hopital Tarnier

Accoucheur des Hopitaux de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé Robert MERGER,

Professeur Agrégé à la Faculté de
Médecine de Paris

qui nous a inspiré ce travail,
en témoignage reconnaissant de
sa grande bienveillance et de
ses précieux enseignements.

A Monsieur le Docteur Jean MELCHIOR,

dont l'aide et les conseils
éclairés nous ont été d'un
grand secours.

Qu'il trouve ici nos très
vifs remerciements.

Les Indications actuelles
=====

de la
=====

C E S A R I E N N E
=====

I.- INTRODUCTION

L'opération césarienne est sans doute l'une des plus anciennes interventions chirurgicales que l'on connaisse. D'après la légende, Apollon sectionna le ventre de Coronis et c'est ainsi que naquit Esculape, le Père de la Médecine.

Cette opération est imposée par la loi romaine sur la femme morte mais aucun document ne prouve qu'elle ait été pratiquée sur des femmes vivantes. L'Histoire rapporte que le premier des César (et non Jules César comme on le croit souvent à tort) naquit de cette façon. C'est de là que viendrait le nom même de l'opération. Cette origine n'est cependant pas admise par tous et il est possible que la césarienne tire son nom du verbe "Cesare" qui signifie : couper.

Il faut attendre le XVI^e Siècle pour la voir réalisée sur une femme vivante. C'est un châtreur de porcs, Jacques Nufer, qui fit la première césarienne sur femme vivante, sur sa propre femme.

Jusqu'au XIX^e Siècle la césarienne resta une opération tout à fait exceptionnelle. L'intervention était faite sans technique précise, sans asepsie et dans des cas presque désespérés.

Elle trouve des indications bien précises au début de ce siècle, dans sa technique d'opération corporéale réservée aux cas purs, sans infection.

Mais l'intervention a vu ses possibilités s'accroître à la suite de l'introduction en France par BRINDEAU et SCHICKELE de la césarienne basse portant sur le segment inférieur. Ce procédé a marqué une étape capitale dans l'histoire de la césarienne et de l'obstétrique.

Enfin, plus récemment encore, la découverte et l'utilisation des antibiotiques a permis d'en élargir les indications.

II.- POSITION ACTUELLE DU PROBLEME

A l'heure actuelle, les accoucheurs disposent de moyens qui permettent parfois d'aider efficacement un accouchement par voie basse qui serait compromis, voire impossible, sans eux. C'est ainsi que nous pouvons espérer enregistrer une diminution du nombre des césariennes dans certaines indications précises.

Nous avons donc jugé intéressant de faire une étude des indications de la césarienne dans les conditions actuelles.

Ce travail a été effectué dans le service de Monsieur le Professeur Agrégé MERGER au Centre Médico-Chirurgical Foch de Suresnes et porte sur 242 césariennes faites entre le 1^{er} Septembre 1949 et le 1^{er} Mai 1954. Au cours de cette période il y eut 7.900 accouchements, dont 242 césariennes.

<u>A n n é e</u>	Nombre total d'accouchements	Nombre de Césariennes	Pourcentage
1 9 4 9	148	8	5,4 %
1 9 5 0	1.134	45	3,9 %
1 9 5 1	1.856	66	3,5 %
1 9 5 2	2.028	40	1,9 %
1 9 5 3	2.023	57	2,8 %
1 9 5 4	708	26	3,7 %
<u>T O T A U X</u>	<u>7.897</u>	<u>242</u>	<u>3,1 %</u>

Nous envisagerons séparément les principales indications des césariennes et nous étudierons pour chacune d'elles les variations que nous avons pu observer depuis ces dernières années. Il ne nous restera plus ensuite qu'à essayer d'en tirer des conclusions pratiques.



III.- LES INDICATIONS DE LA CESARIENNE

Il est difficile de classer les indications pour lesquelles on a pratiqué une césarienne. Les causes d'intervention sont parfois multiples chez une même femme.

Nous avons adopté la classification que l'on trouvera au tableau suivant. Elle nous paraît logique mais nous ne prétendons pas qu'elle soit définitive ou meilleure qu'une autre.

Dans cette classification, lorsque plusieurs causes intervenaient, nous avons retenu la cause majeure qui a décidé de l'opération.

Il ne nous paraît guère possible de procéder autrement si l'on désire obtenir des indications claires et faciles à interpréter. L'important est de savoir dans quel sens et dans quels domaines les thérapeutiques modernes ont pu modifier les indications de la césarienne.

On est amené à pratiquer une opération césarienne dans trois éventualités différentes :

- Tantôt l'accouchement n'apparaît pas possible par voie vaginale, soit qu'il existe une viciation pelvienne, une tumeur praevia, une présentation dystocique, soit que s'institue au cours du travail une dystocie dynamique.

Ce sont les indications formelles, classiques.

- Tantôt une complication apparaît avant ou au cours du travail mettant en jeu la vie de la mère ou celle de l'enfant, nécessitant une prompte intervention. C'est le cas du placenta praevia, de certaines toxicoses, des procidences du cordon, de certains états pathologiques maternels.

Nous avons rangé ces causes sous la rubrique : "Indications d'urgence".

- D'autres fois enfin, l'accouchement est possible par les voies naturelles mais on ne veut pas faire courir un risque à la mère ou à l'enfant.

Ce sont les indications relatives.

C'est dans ce groupe que nous trouvons les indications nouvelles encore discutées.

CLASSIFICATION DES CESARIENNES

	<u>Nombre</u>	<u>Pourcentage</u>
INDICATIONS FORMELLES CLASSIQUES :		
=====		
A.) Dystocies osseuses et dispropor- tion foeto-pelvienne	70	29 %
B.) Présentations dystociques	13	5 %
C.) Tumeurs, malformations utérines et vaginales, dystocie cervicale acquise	5	2 %
D.) Dystocies dynamiques	46	19 %
INDICATIONS D'URGENCE :		
=====		
E.) Placenta praevia	26	11 %
F.) Procidence du cordon	5	2 %
G.) Souffrance foetale isolée	9	4 %
H.) Toxémies	29	12 %
I.) Certains états pathologiques maternels	2	1 %
INDICATIONS RELATIVES :		
=====		
J.) Cicatrice utérine	20	8 %
K.) Périnéorraphie antérieure, lésions rectales	3	1 %
L.) Fragilité foetale (Mort habi- tuelle du foetus, grossesse prolongée, primipare agée, Rh)	14	6 %

242

LES INDICATIONS FORMELLES
CLASSIQUES

A.) BASSINS VICIES ET
DISPROPORTION FOETO-PELVIENNE

(29 %)

C'est là l'indication classique majeure depuis longtemps précisée.

Dans certains cas, l'indication thérapeutique n'est pas discutable. L'examen clinique et radiologique montre qu'il s'agit d'un mauvais bassin ne laissant aucune chance d'accouchement spontané. L'intervention a lieu au début du travail.

D'autres fois, la viciation pelvienne est moyenne et demande une discussion thérapeutique. L'épreuve du travail est indispensable.

Cette indication constitue dans notre statistique près de 30 % des césariennes : 70 cas sur 242 opérations.

Cependant, si l'on compare ce chiffre à ceux des travaux antérieurs, il y a un recul du nombre des césariennes pratiquées pour viciation pelvienne. Le facteur le plus important de ce recul est la moindre fréquence des viciations pelviennes depuis les progrès de la prophylaxie. La raison essentielle en est la disparition du rachitisme.

Par ailleurs, l'usage des ocytociques en perfusion intra-veineuse peut, dans une certaine mesure, corriger la mauvaise qualité des contractions utérines souvent rencontrée dans ces cas. En fait, ces perfusions permettent surtout d'apprécier plus rapidement la valeur d'un bassin.

Nos chiffres correspondent sensiblement à ceux que donnèrent récemment SCHAEFFER et CARPENTER dans le Journal Américain d'Obstétrique et de Gynécologie (28 %).



B.) PRESENTATIONS DYSTOCIQUES

(5 %)

Nous avons classé dans cette catégorie treize observations comprenant : les présentations du front, les présentations transversales, certaines présentations du siège.

- Les présentations du front constituent le plus souvent une indication d'intervention par voie haute. Nos trois observations n'ont pas permis d'autre solution.

- Les présentations transversales sont à discuter.

Chez la primipare, elles sont souvent irréductibles du fait de la malformation qui en est habituellement la cause. Ces présentations imposent

alors la césarienne au début du travail (2 observations).

Chez la multipare l'indication d'intervention par voie haute est plus rare. Nous en avons cependant relevé six observations. Chez l'une l'intervention reposait sur la présence d'une césarienne antérieure. Dans trois cas, on retrouvait une rupture précoce ou prématurée des membranes. On n'avait pas pu verticaliser le fœtus et le travail restait stationnaire. Les trois enfants ont vécu.

Dans deux cas enfin, l'intervention a été faite dans l'intérêt de la mère à la suite d'une présentation de l'épaule négligée avec mort fœtale.

- Dans certains cas, les présentations du siège réalisent une indication opératoire. Nous en retrouvons deux observations. Cette indication mérite cependant discussion.

Il faut tenir compte de la variété du siège (complet ou décomplété), du volume de l'enfant, d'une viciation pelvienne possible, de l'état des parties molles, de la valeur de la contraction utérine, de la souffrance fœtale et de l'âge de la femme. Dans ces cas, il s'agit donc d'une dystocie complexe.

Cette indication, valable dans certains cas, ne doit cependant pas être une source d'abus.

Chez la primipare agée ayant un siège décomplété, un utérus mal étoffé, se contractant mal et dont les parties molles sont résistantes, la césarienne peut être indiquée si l'on ne veut pas risquer une mort fœtale. Il en est de même de certaines présentations du siège chez des primipares ayant un bassin limite.

La primiparité agée est alors une raison de plus d'intervenir.

C.) TUMEURS, MALFORMATIONS UTERINES ET VAGINALES,
DYSTOCIE CERVICALE ACQUISE

(2 %)

- Les tumeurs praevias sont devenues rares du fait des examens systématiques qui permettent leur découverte précoce et une exérèse bien avant le terme.

Nous n'avons pas trouvé d'observation de kyste de l'ovaire praevia.

Dans une observation de fibrome praevia la césarienne a été suivie de myomectomie.

- Malformations utérines ou vaginales.
Trois césariennes ont été faites pour cette indication.

- Dans la première il s'agissait d'un utérus didelphe vrai avec cloison longitudinale du vagin.
- Dans la deuxième on avait trouvé un diaphragme vaginal transversal haut situé avec un vagin atrésique.
- Dans la troisième, la femme présentait un utérus fortement cordiforme à grand axe transversal et c'était une césarienne itérative.

- Les dystocies cervicales acquises dues à des lésions cervicales pré-existantes à l'accouchement sont une indication classique. Dans l'unique cas que nous avons observé il s'agissait d'un cancer du col chez une secundipare de 25 ans. La césarienne pratiquée à sept mois et demi de grossesse a été suivie immédiatement d'hystérectomie élargie avec

curage ganglionnaire. Cette intervention a permis d'extraire et d'élever un enfant vivant. La mère est décédée huit mois après l'intervention. Ceci confirme le caractère de très haute gravité de l'association de cancer du col et de grossesse.

Notons que nous n'avons jamais eu à faire de césarienne pour lésions cervicales d'origine thérapeutique.



D.) DYSTOCIE DYNAMIQUE

(19 %)

Notre étude montre la place importante occupée dans les indications de la césarienne par les anomalies de la contraction utérine et de la dilatation du col.

La bonne surveillance du travail, l'usage des antispasmodiques et des perfusions intra-veineuses lentes d'ocytociques ont cependant réduit considérablement les indications opératoires dans ce domaine.

Le nombre total des césariennes a baissé en raison même de la correction des dystocies dynamiques.

Un facteur nous paraît primordial dans cette indication : c'est l'état de l'enfant. La souffrance foetale est fréquente du fait des anomalies de la contraction utérine entraînant des troubles

dans les échanges foeto-maternels et partant de l'anoxie. C'est bien souvent dans nos observations cet ensemble de dystocie dynamique et de souffrance foetale qui a fait pencher la décision pour la voie haute.

A ce point de vue, tout en sachant que c'est une opinion encore discutée, nous pensons que les perfusions d'ocytociques nous ont permis d'éviter un certain nombre de césariennes.

Nous avons recherché le nombre des césariennes pour dystocie dynamique pour mille accouchements au cours de deux périodes.

La première s'étend de Septembre 1949 à Janvier 1951, avant les perfusions d'ocytociques. Nous avons retrouvé dix césariennes pour mille accouchements.

La seconde période s'étend de Janvier 1951 à Mai 1954. Il y eut pour mille accouchements moins de cinq césariennes.

On enregistre donc une baisse de plus de la moitié.

Césariennes pour dystocie dynamique

	Nombre total d'accouchements	Nombre de césariennes pour dystocie dynamique	Pour 1.000
Avant 1951	1.282	13	10,1
Après 1951	6.615	33	4,9

LES INDICATIONS D'URGENCE

E.) PLACENTA PRAEVIA

(11 %)

Le placenta praevia constitue une importante indication opératoire.

Certes, la rupture artificielle large des membranes est capable d'arrêter une hémorragie menaçante. Mais celle-ci n'est pas toujours possible surtout lorsque la femme n'est pas en travail ou si le placenta est entièrement recouvrant. Par ailleurs, elle n'est pas toujours suffisante pour arrêter l'hémorragie.

L'opération césarienne associée aux moyens modernes d'anesthésie et de réanimation constitue alors le traitement de choix de cette redoutable complication. Nous avons définitivement abandonné cette obstétrique périlleuse, tant pour la mère que pour l'enfant, qui faisait appel à des techniques aveugles et brutales : dilatation instrumentale, manoeuvre de Simpson, etc...

Sur 7.900 accouchements, nous avons retrouvé 42 placentas praevias avec accidents hémorragiques importants pour lesquels il a été pratiqué 26 césariennes.

Il faut encore souligner un point important : c'est le pourcentage élevé de la mortalité

des enfants nés au cours de ces interventions, malgré les moyens modernes d'anesthésie et de réanimation. Sur les 26 enfants nés de cette façon, 6, soit près du quart, sont décédés dans les suites de couches.

Actuellement, nous pensons que le traitement du placenta praevia s'est considérablement simplifié. A part des cas exceptionnels, on dispose de deux moyens :

- la rupture artificielle large des membranes;
- en cas d'impossibilité ou d'échec : l'opération césarienne.



F.) PROCIDENCE DU CORDON

(2 %)

Dans les procidences du cordon, la césarienne a totalement modifié le pronostic foetal, à condition de faire un diagnostic précoce et d'intervenir d'urgence. Dans les cinq observations que nous avons relevées, il y eut cinq enfants vivants.

Dans ces observations, il s'agissait trois fois d'une présentation du sommet avec dilatation incomplète, deux fois de primipare avec présentation du siège et procidence du cordon au début du travail.



G.) SOUFFRANCE FOETALE ISOLEE

DE CAUSE INDETERMINEE .

(4 %)

Neuf césariennes ont été pratiquées pour souffrance foetale au début du travail. Ce chiffre nous paraît à nous-mêmes trop élevé.

L'indication de souffrance foetale isolée est très discutable car celle-ci peut résulter d'une maladie foetale. Cependant, si l'on ne trouve pas d'hydramnios et si la radiographie est normale, on peut envisager l'intervention en sachant que l'on doit faire quelques réserves sur le pronostic foetal.

Les cas que nous signalons se rapportent pour la plupart au début de l'installation du service au Centre Médico-Chirurgical Foch et il est permis de penser qu'à cette époque la cause de la souffrance foetale ait échappé. Il n'en reste pas moins vrai que, parfois, il est impossible de retrouver l'étiologie d'une souffrance foetale.



H.) TOXEMIES

(12 %)

Une divergence doctrinale oppose encore aujourd'hui les auteurs sur la conduite du traitement des formes graves ou des accidents paroxystiques des néphropathies gravidiques.

- Formes graves de néphropathie gravidique non compliquée :

Vingt-trois césariennes ont été pratiquées parce que, malgré le traitement médical, les signes observés se sont aggravés et plus particulièrement l'hypertension artérielle, faisant peser sur la femme une menace à brève échéance.

Dans certains cas, en l'absence d'aggravation, mais aussi d'amélioration de l'état maternel, la césarienne a été faite pour sauvegarder l'enfant qui risquait moins de sa prématurité que de son maintien in utero dans de mauvaises conditions physiologiques.

Sur ces vingt-trois observations il faut tout de même relever une mort maternelle quelques heures après l'intervention et deux morts fœtales, une avant l'extraction, l'autre dans les premiers jours de la vie.

- Hémorragies utéro-placentaires :

Là encore, nous dirons qu'un grand nombre d'hémorragies utéro-placentaires relèvent du seul traitement médical et que la rupture large des membranes et l'usage des antispasmodiques suffisent bien souvent.

Mais si l'état général s'altère et que le traitement médical s'avère insuffisant il faut intervenir.

Sur quinze hémorragies utéro-placentaires, quatre césariennes ont été pratiquées, dont une permit l'extraction d'un enfant vivant.

Les interventions ont toujours été minima. Trois césariennes ont été conservatrices et une suivie d'hystérectomie.

- Eclampsie :

Sur six éclampsies nous retrouvons deux interventions. Dans ces observations le travail n'était pas commencé ou à peine et l'accouchement ne semblait pas pouvoir se terminer rapidement.

Les deux femmes ont survécu mais un des enfants est décédé quelques jours plus tard.



I.) MALADIES MATERNELLES

(1 %)

Les maladies maternelles conduisent parfois à pratiquer une césarienne mais leur petit nombre leur confère un caractère exceptionnel.

Parmi elles, il faut surtout parler des cardiopathies. Nous en avons deux observations et dans ces cas il s'agissait de cardiaques ayant eu des épisodes de décompensation et chez lesquelles on a préféré faire une césarienne suivie de ligature de trompes pour éviter toute grossesse ultérieure. En fait, on intervient surtout pour la ligature des trompes car, dans la plupart des cas, les cardiaques sont susceptibles d'accoucher normalement.

Chez ces malades, l'éther nous a paru être l'anesthésique de choix.

Nous n'avons pas retrouvé d'observation de césarienne pratiquée pour tuberculose pulmonaire ou diabète.



LES INDICATIONS RELATIVES

J.) EXISTENCE D'UNE CICATRICE UTERINE ET
INDICATION DE LA STERILISATION

(8 %)

Nous avons groupé dans ce chapitre les cas où l'on retrouve dans les antécédents de la femme une cicatrice utérine envisagée en elle-même, en l'absence de toute autre dystocie, ainsi que les interventions pratiquées dans le but de stériliser la femme.

L'utérus peut présenter un point faible du fait d'une myomectomie ou d'une césarienne antérieure.

Nous n'envisagerons pas ici toutes les césariennes itératives mais uniquement celles qui ont été motivées par le fait que nous n'avons pas pu savoir dans quelles conditions avait été faite la première intervention.

Habituellement, nous intervenons :

- parce que l'examen laisse penser que la cicatrice n'est pas de bonne qualité, si la cicatrice

abdominale par exemple, remonte au dessus de l'ombilic;

- ou parce que pour une raison médicale il y a lieu de faire une ligature des trompes.

Ces indications sont en régression et représentent actuellement 8 % de nos césariennes. Ceci tient essentiellement à la tendance actuelle qui est de ne pas recourir systématiquement à la césarienne lorsqu'une femme a déjà été césarisée.

Sur dix-huit cas, sept opérations seulement ont été basées uniquement sur l'existence d'une cicatrice utérine (2,9 %). Onze hystérotomies ont été suivies d'une ligature de trompes.

Dans deux cas enfin, on retrouve une myomectomie dans les antécédents. Après une courte épreuve du travail et pour éviter un danger de rupture on a eu recours à la voie haute.

Une observation concerne une primipare de 38 ans qui a eu une polomyomectomie l'année précédant sa grossesse.

La deuxième se rapporte à une primipare de 43 ans ayant eu une myomectomie au cinquième mois de sa grossesse.

Nous pensons cependant que la myomectomie n'est pas une indication de césarienne. Dans les deux cas que nous rapportons c'est parce que l'épreuve du travail s'était révélée négative que l'on est intervenu. Il s'agissait en outre, de primipares âgées.

K.) CESARIENNES PROPHYLACTIQUES POUR
PERINEORRAPHIE ANTERIEURE OU LESIONS RECTALES

(1 %)

Dans trois de nos observations une césarienne a été faite en raison d'une périnéorraphie antérieure avec ou sans lésions rectales.

L'intervention par voie haute a été préférée pour que l'accouchement par les voies naturelles ne détruise pas la réparation antérieure.



L.) CESARIENNES PROPHYLACTIQUES POUR
FRAGILITE FOETALE

(6 %)

Nous avons groupé dans cette rubrique différentes indications plus nuancées, parfois même plus discutables. Ces interventions ne sont pratiquées que dans le seul but d'améliorer le pronostic foetal.

- Dans quatre observations c'est en raison de la mort habituelle du fœtus in utero que l'intervention a été faite avec l'espoir d'apporter à ces femmes un enfant vivant. De fait, les résultats ont été très satisfaisants puisque dans ces quatre cas on a pu obtenir quatre enfants vivants.

- Trois interventions ont été pratiquées pour incompatibilité Rhésus. Cette indication récente est consécutive à l'apport des découvertes sur les incompatibilités sanguines et leur transmission trans-placentaire.

La difficulté se pose lorsque vers le septième ou le huitième mois de la grossesse des agglutinines apparaissent dans le sérum maternel et que leur taux augmente. Certains accoucheurs conseillent de provoquer médicalement l'accouchement prématuré. Mais la tendance actuelle est orientée vers l'intervention par voie haute, considérant d'une part la fragilité de l'enfant et, d'autre part, les difficultés de déclenchement médical du travail. Bien entendu, il faut s'assurer avant l'intervention de la possibilité de pratiquer très rapidement une exsanguino-transfusion.

En fait, beaucoup d'auteurs posent le problème différemment suivant qu'il s'agit d'une primipare ou d'une multipare. Dans le cas de la primipare l'incompatibilité sanguine résulte d'une transfusion sanguine antérieure avec du sang Rh +, chez une femme Rh -. Les auteurs sont en général d'accord pour intervenir.

Chez la multipare l'indication est plus discutée et c'est alors que l'on discutera le déclenchement médical du travail.

Dans nos trois observations, il s'agit dans un cas d'une primipare ayant reçu antérieurement une transfusion de sang Rh + et qui avait un taux élevé d'agglutinines. L'opération césarienne a permis d'obtenir un enfant vivant exsanguino-tranfusé immédiatement et qui s'est élevé normalement.

La deuxième observation concerne une secondipare, quadrigeste, qui avait eu à la précédente grossesse une césarienne pour incompatibilité sanguine suivie aussitôt d'une exsanguino-transfusion pour le bébé. Celui-ci, gravement atteint, n'avait pas survécu. La césarienne pratiquée à nouveau a permis d'extraire un enfant qui a été exsanguino-transfusé et qui a vécu.

La troisième observation se rapporte à une quinquipare n'ayant que son premier enfant vivant. Elle avait eu une césarienne lors de sa quatrième grossesse. Une césarienne pratiquée de nouveau, trop tardivement par suite de circonstances extérieures, n'a permis d'extraire qu'un enfant avec anasarque foeto-placentaire qui est décédé rapidement.

- Grossesse prolongée :

Niée jusqu'à ces dernières années, nous en avons retrouvé un cas indiscutable. Il est difficile d'établir des critères précis sur le dépassement du terme et la question se pose de savoir si l'on doit intervenir, quand et comment. L'enfant post-mature est fragile et le traumatisme obstétrical le plus minime peut lui être néfaste.

Notre unique observation concerne une secondipare de 30 ans ayant perdu son premier enfant à la suite d'une grossesse prolongée et qui avait manifestement dépassé son terme. La césarienne permit d'extraire un enfant vivant, pesant quatre kilos.

- Femmes âgées n'ayant pas d'enfants :

Dans nos six observations, les conditions obstétricales étaient normales ou presque. Mais en

raison de la valeur que représentait l'enfant chez des nullipares âgées on a préféré intervenir par voie haute afin de ne pas faire courir à l'enfant le risque d'un accouchement par les voies naturelles.

Dans trois observations, il s'agissait de secundipares âgées dont le premier enfant était mort-né.

Une autre observation concerne une primipare âgée avec présentation de la face.

La cinquième se rapporte à une primipare âgée ayant un fibrome non praevia.

La sixième concerne une primipare âgée dont les parties molles étaient résistantes.

Dans tous ces cas les enfants sont nés vivants et ont pu être élevés normalement.

CESARIENNES ITERATIVES

Nous avons jugé intéressant de reprendre séparément l'étude des césariennes itératives du fait même des problèmes que posent l'existence d'une césarienne dans les antécédents d'une femme enceinte.

Les césariennes itératives, rares autrefois, sont maintenant fréquentes et l'on connaît l'aphorisme : "Césarienne une fois, césarienne toujours".

Nous pensons cependant que le fait qu'une femme ait déjà eu une césarienne segmentaire n'implique pas systématiquement une autre césarienne lors d'un accouchement ultérieur.

Cette attitude s'expliquait à juste titre lorsqu'on faisait des césariennes corporéales mais cette position n'est plus défendable actuellement depuis l'utilisation de la césarienne basse segmentaire.

Nombre total de césariennes	Nombre de Césariennes itératives	Pourcentage
242	54	22 %

Evidemment, si la cause qui a été à l'origine de la première hystérotomie persiste, bassin très dystocique par exemple, il n'y a pas de raison pour ne pas adopter la même ligne de conduite. Lorsque la

cause a disparu ou paraît discutable, nous ne pensons pas qu'il faille intervenir d'emblée. C'est le cas, par exemple, d'un placenta praevia, d'une toxémie sévère ou d'une procidence du cordon. Dans tous ces cas, si la grossesse ultérieure évolue normalement, rien ne s'oppose à un accouchement spontané. Bien entendu, une surveillance rigoureuse en milieu hospitalier est une nécessité absolue.

C'est ainsi qu'au Centre Médico-Chirurgical Foch nous voyons le pourcentage des femmes précédemment césarisées et qui ont ensuite accouché par voie basse, passer de 13 % à 39 % depuis 1951.

	Femmes ayant déjà eu une césarienne	Femmes ayant eu une nouvelle césarienne		Femmes ayant accouché par voie basse	
		Nombre :	%	Nombre	%
Avant 1 9 5 1	15	13	87 %	2	13 %
Après 1 9 5 1	67	41	61 %	26	39 %

Si la femme a eu précédemment une césarienne corporéale, la prudence commande de ne pas tenter l'accouchement par voie basse et dans ces cas, exceptionnels maintenant, on interviendra par voie haute.

Ces résultats sont très différents de ceux qui publièrent récemment des auteurs étrangers.

SCHAEFFER et CARPENTER signalent un accroissement très sensible des césariennes itératives,

leurs chiffres passant de 16,7 % à 40,6 %. Les auteurs eux-mêmes trouvent d'ailleurs que cette situation n'est pas souhaitable.

De leur côté, HENRY J., ZETTELMAN et V.M. BOVERS donnent un chiffre de césariennes itératives de 37,3 %.

Ces chiffres sont considérables quand on pense que sur dix césariennes il y en a quatre itératives.

Détail des césariennes itératives

Indication de la césarienne	Nombre	Pourcentage
Bassins viciés	23	43 %
Dystocie dynamique	7	13 %
Cicatrice utérine	4	7 %
Stérilisation	9	17 %
Divers (antécédents, malformations, présentations dystociques, etc...)	11	20 %
N.B.- Les pourcentages indiqués dans ce tableau sont rapportés au nombre de césariennes itératives et non au nombre total de césariennes.		

A l'hôpital Foch de Suresnes nous nous conformons à l'usage de la plupart des hôpitaux parisiens et lors de la troisième césarienne nous acceptons de pratiquer une ligature des trompes lorsque la femme le demande.



C O N C L U S I O N S

- 1°) Cette étude porte sur une période allant de Septembre 1949 à Mai 1954. Sur 7.900 accouchements survenus au Centre Médico-Chirurgical Foch pendant cette période nous avons relevé 242 césariennes, soit 3,1 %.
- 2°) Nous avons constaté de nouvelles indications opératoires.
- 3°) Les dystocies osseuses et disproportions foetopelviennes constituent toujours l'indication la plus fréquente de la césarienne. Cependant, les dystocies osseuses sont relativement moins nombreuses en raison d'une meilleure prophylaxie.
- 4°) Les césariennes pour dystocie dynamique ont diminué depuis l'emploi des ocytociques en perfusion.
- 5°) Les interventions pour toxémie gravidique ont été plus nombreuses au cours de ces dernières années.
- 6°) L'existence d'une césarienne antérieure n'est pas nécessairement une indication de césarienne itérative. 35 % des femmes césarisées antérieurement ont ensuite accouché spontanément.
- 7°) Les indications nouvelles ont surtout pour but d'améliorer le pronostic foetal. Quoiqu'encore discutées, leur nombre est cependant en augmentation.

B I B L I O G R A P H I E

- BAR P., BRINDEAU A. et CHAMBRELENT J.
La Pratique de l'art des accouchements - 1909.
- CODY M.L.
Am. J. of Obst. and Gyn. 62 : 415 - 1951.
- CONTI E.A.
Am. J. of Obst. and Gyn. 60 : 851 - 1950.
- CREADICK R.N.
South M. J. 43 : 777 - 1950.
- Mc CORMICK C.O.
Am. J. of Obst. and Gyn. 57 : 1167 - 1949.
- COLVIN E.D.
Am. J. of Obst. and Gyn. 64 : 473 - 1952.
- CHEMERY B.
Indications de l'opération césarienne.
Les Feuilletts du Praticien. N° 130 - Février 54.
- DEVRAIGNE
L'obstétrique à travers les âges.
- DIGONNET
Conduite à tenir dans les présentations du siège.
L'Hopital - Février 1954.
- DUBRISAY L. et JEANNIN C.
Précis d'accouchement.
- DOUGLAS R.G. et LANDESMAN R.
Am. J. of Obst. and Gyn. 59 : 96 - 1950.
- DYER I. et NIX F.G.
New Orleans M. and S. J. 104 : 266 - 1952.
- DOUGLAS R.G.
153rd annual report of Soc. of the Lyinf-In hos-
pital of the City of New-York for the year 1951.
New-York Hospital Press.

D'ESOPPO D.A.

Am. J. of Obst. and Gyn. 59 : 77 - 1950.

D'ESOPPO D.A.

Am. J. of Obst. and Gyn. 58 : 1120 - 1949.

EASTMAN N.J.

Williams obstetrics, ed. 10 New York, 1950.
Appleton-Century-Crofts, Inc., p. 1101.

FABRE, TRILLAT et MAGNIN

Précis d'obstétrique. Ed. Baillière et fils.

HARRIS J.M., ROSENBLUM G., GINSBURG B.L., STOLLAMN B.D.
and PENMORE M.S.

West. J. Surg. 59 : 337 - 1951.

HENNESY J.P.

Am. J. of Obst. and Gyn. 57 : 1167 - 1949.

HUBER C.P.

Am. J. of Obst. and Gyn. 61 : 895 - 1951.

HENRY J., ZETTELMAN et BOVERS V.M.

Etude de la césarienne à l'hôpital EVANSTON de
1930 à 1950.

Am. J. of Obst. and Gyn. May 1953 - 65 - N°5.

KISTNER R.W.

Am. J. of Obst. and Gyn. 61 : 109 - 1951.

LOW D.M.

Am. J. of Obst. and Gyn. 61 : 197 - 1951.

LAWRENCE R.F.

J. Obst. and Gyn. Brit. Emp. 57 : 183 - 1950.

MACK H.C. et SIDALL R.S.

Am. J. of Obst. and Gyn. 56 : 60 - 1948.

MERCER R. et LEVY J.

Défense du traitement chirurgical dans certaines
néphropathies gravidiques.

Sem. des Hopitaux - 18 Octobre 1952.

PAUCOT H. et BEDRINE H.
Obstétricie pratique - 1949.

STUDDIFORD W.E.
Am. J. of Obst. and Gyn. 59 : 77 - 1950.

SCHAEFFER G. et CARPENTER F.
Changing indications for cesarean section.
Am. J. of Obst. and Gyn. 65- No 5 - May 1953.

VERCH L.H., STOUFFERJ.G. and CROW R.S.
Am. J. of Obst. and Gyn. 59 : 108 - 1950.

WILSON A.L.
Am. J. of Obst. and Gyn. 62 : 1225 - 1951.

T A B L E D E ' S M A T I E R E S

	Pages
- INTRODUCTION	1
- POSITION ACTUELLE DU PROBLEME	3
- LES INDICATIONS DE LA CESARIENNE	4
= Bassins viciés et disproportion foeto-pelvienne	7
= Présentation ^s dystociques	8
= Tumeurs, malformations utérines et vaginales, dystocie cervicale acquise	10
= Dystocie dynamique	11
= Placenta praevia	13
= Procidence du cordon	14
= Souffrance foetale isolée	15
= Toxémies	15
= Maladies maternelles	17
= Cicatrice utérine	18
= Périnéorraphie antérieure ou lésions rectales	20
= Fragilité foetale	20
- CESARIENNES ITERATIVES	24
- CONCLUSIONS	27
- BIBLIOGRAPHIE	28

VU

Le Président de Thèse :

Pierre LANTUEJOUL

VU

Le Doyen de la Faculté de
Médecine :
Léon BINET

VU et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Jean SARRAILH

